Track 1474

N° ~~19~~ 1

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DE L'URÈTRE CHEZ L'HOMME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Janvier 1904

PAR

Adrien MALAUSSÈNE

Né à Cannes, le 10 Avril 1880

EX-INTERNE DE L'HOPITAL SAINT-ROCH, NICE (1901-1904)

Pour obtenir le titre de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

Editeurs du Montpellier Médical

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... Doyen
FORGUE ..... Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O ✻), BERTIN-SANS E. (✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	JEANBRAU Léon, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM LECERCLE.	MM. PUECH.	MM. VIRES.
BROUSSE.	VALLOIS.	L. IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	VEDEL.
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU.
DE ROUVILLE.	RAYMOND.	POUJOL.

M. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.*	MM. DE ROUVILLE, Agrégé.
ESTOR Professeur.	IMBERT, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A. Malaussène.

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

Ernest SANTONI

PHARMACIEN DE PREMIÈRE CLASSE

A MA NIÈCE

A. Malaussène.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A. Malaussène.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A. MALAUSSÈNE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DE L'URÈTRE

CHEZ L'HOMME

HISTORIQUE

L'épithélioma primitif de l'urètre est une affection tellement rare que les chirurgiens l'ont fort longtemps méconnue. Les meilleurs traités de chirurgie la passent sous silence ou lui accordent une simple mention. Cependant, bien que peu communes, les observations ne font pas défaut.

L'étude de cet épithélioma est assez récente pour que Demarquay, dans son livre sur *les Maladies chirurgicales du pénis* (1877), n'en fasse pas mention.

Thiaudière, le premier, en produisit une observation parue en 1834, dans le *Bulletin général de thérapeutique* et que nous reproduisons *in extenso*.

Depuis, Albert, Poncet, Guyon, Guiard, en ont publié des cas.

Follin et Duplay, dans leur traité ; P. Carcy, dans sa thèse de 1895, ont étudié la question. Ce dernier apporte 17 obser-

vations dont une de Bazy ; la même année, la thèse de Melville-Wassermann publie 20 observations d'épithélioma primitif de l'urètre chez l'homme, et 24 chez la femme. Mais cet auteur, comme du reste ses devanciers, y comprend trois néoplasmes de la glande de Cooper qui ne ressortissent pas à notre sujet.

Enfin, tout dernièrement (1903), P. Soubeyran publiait une revue générale de la question qui la met définitivement au point.

En Italie, Riberi et Melchiori fournissent un apport de cinq observations. Les relations anglaises et américaines de Hutchinson, Griffiths, Beck, Fuller, Thomas, viennent grossir le nombre des cas connus.

Mais la littérature allemande principalement est riche en travaux traitant cette question.

Nous citerons les mémoires de Kaufmann et de Witzenhausen, les travaux de Rokitansky, Forster, Emmert, Kœnig, Birch-Hirschfeld, Güterbock, Lesser, qui traitent surtout l'anatomie pathologique de cet épithélioma.

En 1898, Otto Bosse étudiait, dans sa thèse (Gœttingue), l'épithélioma primitif de l'urètre dans les deux sexes.

Enfin nous citerons en dernier lieu la récente observation d'Oberlaender (1900), fort intéressante surtout au point de vue des résections partielles, dont elle montre les bons résultats.

Dans cette rapide énumération des principaux travaux antérieurs, nous avons négligé à dessein de citer bon nombre de publications se rapportant au cancer primitif chez la femme. C'est, en effet, que nous n'avons ici en vue que l'étude de cette affection chez l'homme.

Nous nous bornerons donc à mettre en lumière la question du carcinome à début urétral chez l'homme.

ETIOLOGIE

Comme pour tous les néoplasmes — quelle que soit leur nature — l'étiologie est pour l'épithélioma primitif de l'urètre un des points les plus obscurs. Bien des hypothèses — et des plus ingénieuses — ont essayé d'en établir les causes probables: mais toutes sont demeurées insuffisantes, et la question est encore loin d'être résolue.

La *fréquence* de cette affection est peu considérable, ainsi qu'il ressort de la grande statistique des hôpitaux de Vienne: (*Arch. de Langenbeck*, vol. XXV): sur 101.401 malades, 16.687 étaient atteints de néoplasmes; 16 de ces tumeurs intéressaient l'urètre : 8 seulement étaient carcinomateuses, pas une seule n'avait touché primitivement l'urètre. On en connaît en tout 24 cas.

L'*âge* est un facteur indéniable : c'est incontestablement pendant la seconde moitié de la vie que l'affection se rencontre. Cependant le malade d'Hutchinson n'avait que 22 ans et celui de Bosse, 25; l'âge le plus favorable est dans les environs de 60 ans.

Les causes prédisposantes sont assez mal définies : le traumatisme paraît avoir joué un rôle en créant un rétrécissement; quelques observations et particulièrement celle de Trzebicki, mentionnent aux antécédents une chute sur le périnée.

Mais à côté des causes banales de toute néoplasie, il en est une qui mérite une mention spéciale : c'est l'irritation chronique secondaire elle-même à différents états locaux.

La blennorragie et le rétrécissement qui souvent l'accompagne doit être mentionnée en première ligne : c'est à juste titre que Melville-Wassermann a pu dire que le « rétrécissement blennorragique est souvent la première étape de l'épithélioma ». Nous le retrouvons parmi les antécédents de onze des malades que nous rapporterons plus loin. Le rétrécissement, comme nous le disions précédemment, agit par son irritation persistante. D'autres causes peuvent amener un semblable effet. Certains malades — tels que celui qui fut opéré par M. le professeur Tédenat — ont, en effet, la bizarre habitude de se masturber en introduisant dans leur canal des objets de nature très diverse : pailles, épingles à cheveux, ficelles etc. . Il y a là évidemment une cause d'irritation chronique de l'urètre peut-être plus importante qu'il ne semblerait à un examen peu attentif.

Quant à la pathogénie de la néoplasie, il ne nous appartient pas de la rechercher, ni de la discuter. Il serait parfaitement inutile d énumérer ici les hypothèses aussi nombreuses qu ingénieuses émises par les différents auteurs pour trancher cette délicate question qui, d'ailleurs, ne paraît pas à la veille d'être définitivement mise au point.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'épithélioma primitif de l'urètre, qui se localise le plus souvent chez la femme au niveau du méat, s'implante chez l'homme à une plus grande profondeur, d'ordinaire au niveau d'un ancien rétrécissement, d'où son début insidieux.

La néoplasie peut occuper l'un ou l'autre des deux urètres; urètre pénien ou urètre périnéal ou périnéo-scrotal.

L'urètre pénien est plus rarement atteint que l'urètre profond. Nous n'en relevons que cinq cas sur les vingt-quatre observations que nous relatons plus loin. La partie rétrobalanique ou, plus exactement, le point situé au niveau de la base du gland est le plus communément atteint. Fuller, dans son observation, signale la localisation à la fosse naviculaire ; deux autres fois, le néoplasme occupait le milieu du pénis.

Mais c'est à la partie périnéale du canal que l'épithélioma siège de préférence (19 observations), et le point d'élection est le bulbe, particularité qui fait nettement ressortir l'importance étiologique du rétrécissement.

Etude macroscopique. Grünfeld (de Vienne) et Oberlaender (de Dresde) sont les seuls auteurs qui aient pu, grâce à l'endoscopie, décrire le début des lésions.

Grünfeld a vu deux petites tumeurs semblables à des polypes de la grosseur d'une tête de petite épingle noire, l'une sessile, l'autre pédiculée, toutes deux de couleur blanc

jaunâtre. Une troisième tumeur siégeant au niveau du verumontanum, de couleur rosée, obturait presque l'urètre.

Oberlaender a signalé une néoplasie, mamelonnée, rouge, saignante et située derrière une cicatrice semilunaire blanchâtre.

A l'examen direct, la tumeur, après l'incision du canal, se présente avec l'aspect d'une néoformation bourgeonnante, ulcérée, étendue sur 4 à 7 centimètres de longueur en général, parfois beaucoup plus. Le canal, de calibre normal en avant du néoplasme, présente les caractères d'une urétrite chronique. En arrière, il est dilaté, ampullaire, et la cavité anfractueuse ainsi déterminée par l'obstacle est incrustée de concrétions calcaires dues à la stagnation de l'urine. Très souvent, on trouve des fistules que nous étudierons plus longuement à la fin de ce chapitre.

Etude microscopique. — Sous le microscope, la tumeur se révèle toujours de nature franchement épithéliomateuse, et c'est le plus souvent à l'épithélioma pavimenteux lobulé que l'on a affaire. Rappelons ici qu'à l'état normal l'épithélium urétral est au niveau du méat et à 6 à 7 millimètres en arrière, de nature pavimenteuse; que, vers le col vésical, on y trouve deux à trois assises de cellules aplaties se continuant avec celles de la vessie (Robin et Cadiat) et que l'urètre proprement dit dans sa totalité est pourvu de deux couches; l'une profonde à deux ou trois assises de cellules polyédriques, l'autre superficielle, formée par une seule rangée de cellules pyramidales ou prismatiques.

Mais revenons à la lésion épithéliomateuse que nous avons dit être presque toujours pavimenteuse lobulée. On y distingue des boyaux épithéliaux infiltrant le derme plus ou moins profondément et encerclés par des travées conjonctives et fibreuses aboutissant à la réalisation d'un véritable stroma.

Ce stroma est souvent le siège d'un processus inflammatoire avec retour à l'état embryonnaire de certains éléments cellulaires. On y trouve, en outre, des traînées épithéliales, véritable infiltration néoplasique dont la présence a pour effet de propager la tumeur.

Mais l'élément principal est constitué par de longs boyaux cylindriques bourrés de cellules épithéliales amoncelées sans aucun ordre et de cellules atypiques en désorientation complète.

L'épithélium primitif de l'urètre normal a, en somme, complètement disparu. Les quelques îlots qui persistent au contact de la tumeur au deçà ou au delà d'elle, subissent un processus de kératinisation épidermique. Les cellules perdent leurs noyaux, deviennent cornées, lamellaires, imbriquées, et finissent par aboutir à la formation de globes épidermiques, et même à de véritables boules perlées.

Fistules.— Il nous reste à étudier l'un des éléments les plus importants de l'épithélioma urétral : les fistules urinaires.

Existant dans la plupart des cas (17 sur 24), uniques ou multiples (4 - Fuller), elles ont un trajet qui n'est soumis à aucune orientation fixe. Ce trajet, qui aboutit le plus souvent au périnée, peut venir s'ouvrir au scrotum, au pénis, au pubis, au rectum et même jusqu'à l'ischion. Nous leur reconnaîtrons un orifice interne, un trajet et un orifice externe.

L'orifice interne d'ordinaire est unique. La fistule prend naissance immédiatement en arrière du point rétréci. L'urètre, à ce niveau, a le plus souvent la forme d'une fente transversale, et c'est au niveau d'un des angles latéraux de cette fente que s'amorce la fistule. Il est à remarquer que le trajet ne traverse pas la zone d'infiltration néoplasique, mais la contourne pour venir s'ouvrir à la peau.

Le trajet est parfois tapissé par une couche villeuse, saignante, en tout semblable à une muqueuse de nouvelle formation, parfois limité par un véritable épithélium organisé. D'ailleurs, cette néoformation épithéliale est fort épaissie la plupart du temps et présente, en de nombreux points, des bourgeons épithéliaux enfoncés dans le tissu conjonctif voisin.

L'orifice est simple ou multiple : il s'ouvre à la peau qui, en ce point, est dure, épaissie, éléphantiasique, perpétuellement irritée par le suintement d'une urine septique, chargée de produits infectieux.

Tissus voisins. — Le corps spongieux et le corps caverneux sont très souvent infiltrés sur une assez grande étendue. Leur tissu devient dur, ligneux, blanchâtre ; il est envahi par des cellules embryonnaires, au milieu desquelles on ne peut presque plus retrouver les faisceaux conjonctifs ou musculaires. Quant à la peau, nous venons de voir, en étudiant les fistules, qu'elle était épaissie et fibreuse. Il en est de même pour le tissu cellulaire sous-jacent.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous étudierons les symptômes à chaque période de la marche du processus néoplasique : période de début, d'état, de terminaison.

Début. — Il est insidieux : le sujet porteur de la tumeur peut rester assez longtemps sans se douter de la lésion, surtout s'il était préalablement rétréci. Le plus souvent, c'est à l'occasion d'un abcès périurétral, spontanément ou chirurgicalement ouvert, que le néoplasme se révèle. La fistule ainsi créée bourgeonne, saigne, prolifère sans aucune tendance à se réparer.

Rarement la verge se tuméfie sans raison apparente, sans douleur, sans troubles fonctionnels : il y a tuméfaction d'emblée, inexpliquée.

D'autres fois il y a toute une période de symptômes vagues, mal déterminés, troubles inattendus de la miction, douleur légère, simple picotement, envies fréquentes d'uriner, urétrorragie légère accompagnant le premier ou le dernier jet d'urine, tous symptômes qui, loin de favoriser le diagnostic, l'égarent vers l'idée d'un rétrécissement ou d'une poussée de cystite. Cependant l'urine est, dans la majorité des cas, plus claire que chez les rétrécis, presque toujours atteints d'urétrite postérieure.

Période d'état. — *Signes fonctionnels.* — La douleur fait rarement défaut ; localisée d'abord dans le canal, elle

peut s'irradier vers le pubis, l'anus, la racine des cuisses; la pression l'exacerbe. Elle est rarement très violente. L'érection n'est jamais pénible. L'éjaculation, au contraire, est douloureuse, la miction aussi, ce qui n'a rien d'étonnant, étant donnée la plaie urétrale ; d'ailleurs elle présente tous les signes du rétrécissement simple : mictions fréquentes, prolongées, jet déformé, en vrille, bavant, etc. Enfin, six fois on a noté la rétention.

Il y a parfois urétrorragie; mais ce signe, très inconstant, ne présente qu'une valeur très relative. Un symptôme beaucoup plus important est fourni par l'écoulement séro-purulent dans lequel un examen microscopique attentif peut retrouver des éléments histologiques caractéristiques.

Signes objectifs. — *Inspection.* — Si l'urètre pénien est atteint, la verge est fortement tuméfiée, fusiforme, en battant de cloche. Le phimosis est fréquent. Si c'est l'urètre périnéal qui est pris, on voit une tuméfaction appréciable de la région.

Palpation. — Sensation de zone indurée, épaissie, résistante; la paroi inférieure porte une masse dure et allongée. Cette méthode d'examen est d'ailleurs pénible pour le patient, dont elle exaspère les douleurs.

Exploration. — Faite avec l'instrument de M. Guyon, l'exploration fournit d'importants renseignements au chirurgien. La boule de l'explorateur est arrêtée par un rétrécissement qui ne correspond pas, en général, au siège habituel des sténoses blennorragiques. Au delà, on perçoit le ressaut de son brusque passage dans une large cavité. La main appliquée le long du canal ne réussit pas à sentir la boule engagée à l'intérieur. Parfois, l'exploration est impossible, la boule s'engageant en plein tissu cancéreux; à la suite, il

y a presque toujours hémorragie, d'où probabilité dans le diagnostic.

Toucher rectal. — Il renseigne sur l'état des tissus et des organes voisins, permet d'apprécier l'état dés vésicules séminales, de la prostate, ainsi que l'étendue de l'épithélioma.

L'examen endoscopique, que Oberländer et Grünfeldt ont été les seuls à pratiquer, est fort important au début du processus cancéreux.

Enfin, les ganglions sont pris dans un tiers des cas environ, selon Melville-Wassermann. Soubeyran fait remarquer que l'adénite est plus fréquente, la moitié des sujets en étant porteurs, sans compter ceux chez qui il y a récidive, cas auquel les ganglions sont toujours infectés.

Période de terminaison. — C'est à cette période qu'appartiennent les fistules. Nous les avons étudiées en détail au chapitre de l'anatomie pathologique. L'orifice externe est entouré de bourgeons exubérants, au niveau desquels on voit sourdre soit de l'urine, soit un liquide ichoreux. La peau subit à ce niveau un épaississement éléphantiasique qui apporte quelques difficultés à l'exploration au stylet des trajets fistuleux.

DIAGNOSTIC

Nous avons dit déjà que l'épithélioma de l'urètre pouvait demeurer longtemps inaperçu. Mais les symptômes qui attirent l'attention du malade ou du médecin du côté de l'urètre ne sont pas assez nets, assez précis, pour fixer d'emblée le diagnostic; au contraire, ils aideront même dans certains cas à l'égarer.

Des troubles vagues de la miction, une légère douleur au passage de l'urine, la lenteur, la déformation du jet, feront penser au rétrécissement banal, et si le malade a quelque blennorragie à ses antécédents, ce qui, d'ailleurs, arrive le plus souvent, ce diagnostic erroné s'affirmera davantage.

Il faudra donc, pour éviter toute erreur de ce genre, examiner avec soin le passé génital du sujet; on recherchera aussi soigneusement le traumatisme antérieur de l'urètre pénien ou périnéal. En palpant le canal du malade, on recherchera la zone indurée assez étendue, et qui n'appartient pas au rétrécissement. Ce dernier, d'ailleurs, siège presque toujours au cul-de-sac du bulbe, et le plus souvent il est multiple. L'exploration donnera lieu à des hémorragies, ce qui n'arrive presque jamais, sauf fausses routes graves, avec le rétrécissement blennorragique, et le ressaut de la boule de Guyon tombant dans une large dilatation n'est jamais perçu dans le rétrécissement. L'endoscopie au début, l'examen histologique du liquide urétral ou des produits enlevés par râclage, fourniront les renseignements les plus considérables.

Le diagnostic est à faire avec le cancer du pénis dans le cas de néoplasme de la portion pénienne de l'urètre, lorsque la verge est tuméfiée et indurée. On n'aura, en cette occasion, qu'à explorer le canal, toujours ou presque toujours respecté par le processus néoplasique, même dans les cas avancés, où les lésions très étendues en surface et même en profondeur ont détruit une notable partie du gland. Sur 134 cas de cancer du pénis, Demarquay n'a vu que deux fois l'urètre être envahi par la tumeur.

Enfin, dans le cancer du pénis, le phimosis est extrêmement commun et l'adénite très précoce ; le phimosis est rare et l'adénite tardive dans l'épithélioma primitif de l'urètre.

Lorsque le cancer de l'urètre a son siège au périnée, il peut être confondu avec le carcinome des glandes de Cooper, Mais le diagnostic est facile. Dans ce dernier cas, en effet, il y a tuméfaction périnéale, gênant la marche et la station assise, entravant la miction jusqu'à la rétention, avec ténesme rectal ; l'urètre est indemne et peut être facilement cathétérisé.

La présence des fistules urinaires fait penser à la présence d'une néoplasie urétrale, surtout si le malade n'a pas eu de blennorragie, ni de traumatisme du canal. En ce cas, le mieux est, pour ne pas se borner à ne voir que des fistules urinaires simples, de prélever quelques fragments qu'il sera facile de soumettre à l'examen microscopique.

D'ailleurs, une fistule urinaire, née chez un rétréci par le mécanisme banal de l'abcès péri-urétral, peut fort bien, par la suite, se transformer, bourgeonner, saigner et aboutir à l'épithélioma. Dans ce cas, c'est la stagnation urinaire, l'irritation chronique qu'il faudra incriminer.

PRONOSTIC

L'épithélioma de l'urètre est une affection d'une excessive gravité. Tout malade non traité évolue fatalement vers une issue fatale. Opéré, la récidive est loin d'être rare, et les statistiques nous renseignent mal, beaucoup de sujets étant perdus de vue. Nous avons dressé, d'ailleurs, un tableau comparatif où nous avons résumé les vingt-quatre observations connues de cette affection.

Nous y voyons quatre malades non opérés, morts par cachexie. Douze autres opérés insuffisamment, puisque l'on s'était contenté de l'incision, de l'excision partielle, de la taille périnéale, sont morts plus ou moins rapidement cachectiques ou infectés. Trois autres récidivèrent — toujours dans les ganglions ; — l'un d'eux, réopéré, se maintenait guéri huit mois plus tard. Les cinq autres, opérés, n'ont présenté aucun signe de récidive; l'opération la plus rapprochée (Tédenat-Soubeyran) date déjà d'un an ; celle de Thiaudière remontait à trois ans lorsqu'il en publia l'observation.

Le pronostic est d'ailleurs modifié selon le siège de la tumeur et le moment de l'intervention. Une tumeur siégeant au niveau de l'urètre pénien sera plus facilement extirpée. Sa situation périnéo-scrotale sera, au contraire, défavorable. Quant au moment où a lieu l'intervention, son importance est facile à comprendre. Une tumeur au début, diagnostiquée dès ou peu après son apparition, aura plus de chance d'être radicalement enlevée par l'intervention chirurgicale.

Au contraire, lorsque la néoplasie est avancée, quand le processus épithéliomateux a envahi les tissus profonds et les ganglions, le succès opératoire sera plus incertain.

La marche de la maladie est assez difficile à préciser. D'après les observations connues, elle évoluerait entre quelques mois au minimum et deux ou trois ans au plus. La plupart des cas relatés manquant absolument de données nettes à ce sujet, nous ne pouvons en conclure à une moyenne.

La mort survient par cachexie, ou infection urinaire ; elle peut être hâtée par des complications qui ne diffèrent, d'ailleurs, pas de celles que l'on retrouve dans les destructions urétrales d'une autre nature. La rétention d'urine doit être signalée en première ligne. L'incontinence n'existait dans aucun cas.

Les plus graves des accidents intercurrents sont les abcès nés autour de la région rétrécie. Leur évolution est pour l'organisme une nouvelle cause de cachexie ; elle amène avec elle en effet l'infection urinaire avec son sombre cortége de conséquences : cystite, pyélonéphrite , fièvre urineuse, etc., qui épuisent lentement le malade.

NUMÉROS	AUTEURS	AGE	BLENNORRAGIE ANTÉRIEURE	RÉTRÉCISSEMt	DÉBUT	FISTULES	SIÈGE
1	Albarran.	43			4 ans,	2 sous-pub. sur la verge.	Région scro
2	Albert.	55			12 —	2 scrotales.	—
3	Bèzy Carcy.	62	Oui.		5 mois.	Scrotales.	R.périn.-scr
4	Beck.	61	—	Oui.	6 —		Bulbe
5	Billroth.	50			7 —		Milieu du pé
6	Bosse.	25	—				R membra
7	Buday.	67			12 —	Face inf. pubis.	Pénis ant
8	Cabot.	Vieill.	—	—	7 ans	2 périn.-scrot.	R. périnéal,
9	Czerny-Witzenhausen	48	—		3 mois.	2 périnéales.	Bulbe.
10	—	55	—		6 —	Périn.-scrot.	—
11	Fuller	Vieill.				4 sur le gland.	Extrém. a urètre.
12	Griffiths.	70			6 —	Périnéales,	Bulbe.
13	Grunfeld.	59			8 —		R. prostat
14	Guyon-Guiard.	52	—	—	15 —	—	Bulbe.
15	—	60	—	—		Nombreuses.	—
16	Hutchinson.	22			1 —	Pénienne.	R. post. gla
17	Oberlaender.	69	—	—	1 —		Bulbe.
18	Poncet.	46	—	—	20 ans.	Périnéales.	R périnéa
19	—	60	—	—		—	—
20	Schillster.	72			6 mois	Scrotales et rect.	Bulbe.
21	Tédenat.	64			2 ans.		Derr. du gla
22	Thiaudière.	Jeune h.			2 mois		Pénis.
23	Thiersch.	60			5 ans.	Ischiatique.	Bulbe.
24	Trzebicki.	68		Oui, traum.	6 mois.	Scrotale.	—

DOULEURS	RÉTENTION D'URINE	HÉMORRAGIE	ADÉNITE	MORT PAR :	TRAITEMENT	GUÉRISON APRÈS :	RÉCIDIVE APRÈS :
Sourdes.			Bilat.		Emascul. totale. Ablat. gangl.		9 mois.
Peu.				Septicémie.	Résection.		
			—		Emascul. totale.	10 mois,	
Sourdes.			—		Taille périnéale. Excis. incomp.		Se cachectise. Pas de nouvel
—	Oui.		Unilat.	Cachexie.			
Sombreuses.			Bilat.	—	Taille périnéale.		
			—		Amputation.	Guéri.	
Peu.					Taille. Excis. incompl.		
Violentes.				Après 6 mois	Taille périnéale.		
Sourdes.			—	Après 5 mois.	Taille. Excis. incompl.		
				Cachexie. (Autopsie).			
				Hémipl. 17 js	Amputatiou.		
		Oui.		Après 3 mois			
Violentes.	—	—	Adénop.	Après 4 mois.	Urétrotomie ext.		
—	—		Bilat.	Quelques mois	—		
			—		Amput. pénis. Taille périn.	8 mois	Récid. 3 mois réopérée.
Sourdes.		—	—		Résect. de l'urèt.		4 ans.
	—		—				
			—	Après 9 mois.	Incision.		
	—		—		—		Cachexie.
Peu.		—	—		Amputation.	1 an.	
	—				Excision.	Guéri.	Récid. opérée.
		—	Adénop.	Pyohémie.	Taille périnéale.		
Sourdes.					Résect. urètre périnéal.		5 mois dans les ganglions.

TRAITEMENT

Comme pour toute néoplasie maligne, l'extirpation dans le cas d'épithélioma de l'urètre est le seul moyen de traitement. Encore l'intervention doit-elle être la plus précoce possible, pour diminuer autant que faire se peut les chances de récidive. Le tableau que nous avons dressé à notre chapitre du pronostic montre combien peu guérissent et combien sont nombreux les opérés insuffisamment ou tardivement que l'intervention ne peut sauver.

Si l'on peut, comme Oberlaender, déceler l'affection dès le début, on pourra imiter sa conduite opératoire. Résection de l'urètre malade, suture et urétrorrhaphie par réunion des deux segments. Mais les cas sont bien rares où l'on pourra se contenter de cette résection.

Dans les cas avancés, les procédés diffèreront, suivant que le cancer sera pénien ou périnéal.

Epithélioma de l'urètre pénien. — Tant que le processus néoplasique ne dépassera pas la portion pénienne du canal, l'amputation de la verge sera indiquée, car cette opération, relativement simple, a donné de bons résultats.

Epithélioma de l'urètre périnéal. — Bien des procédés ont été imaginés pour la cure du cancer du pénis. La méthode de Delpech-Bouisson met le méat entre les deux bourses ; celle de Wedemeyer-Thierah le transporte derrière le scrotum ; celle

de Pearce-Gould extirpe les racines bulbaires caverneuses, mais laisse les bourses au-devant d'un méat périnéal. Ces opérations sont insuffisantes dans le cas de néoplasme de l'urètre, car, dans ce cas, il y a une infiltration diffuse des tissus voisins qui n'est pas supprimée par la technique des auteurs précités.

L'opération de choix est alors l'émasculation totale, lorsque le cancer ne dépasse pas le pubis. Cette intervention supprime corps caverneux, scrotum et urètre dans sa plus grande partie.

Chalot en a réglé les divers temps ainsi que suit :

1° Section des cordons spermatiques et ligature isolée de leurs vaisseaux ;

2° Ablation en bloc des bourses et de la verge ;

3° Dissection des racines des corps caverneux, du bulbe et urétrostomie périnéale ;

4° Evidement ganglionnaire des deux aines, même si les ganglions paraissent indemnes.

Ce dernier temps est indispensable, car les récidives se font toujours sous forme d'adénite

Enfin, quand la néoplasie dépasse le pubis, que le périnée et le scrotum sont infiltrés largement et criblés de fistules, quand il y a rétention d'urine, quand, en un mot, le malade est inopérable, on dérivera le cours des urines par une cystostomie sus-pubienne qui pourra prolonger la vie du malade.

OBSERVATIONS

Première Observation

(Soubeyran)

Epithélioma primitif de la portion pénienne de l'urètre

J. P..., âgé de 64 ans, berger, entre dans le service de M. le professeur Tédenat, le 6 février 1902, pour une tumeur de la verge. C'est un sujet robuste, bien conservé, qui n'a eu ni blennorragie, ni syphilis; il est marié, père de 9 enfants et avoue des habitudes de masturbation, avec des objets tels que des pailles introduites dans le méat. La maladie qui l'amène a commencé, il y a 2 ans, par de la gêne à la miction, de petites douleurs au passage de l'urine et la sensation de corps étranger dans le canal. Une induration avec tuméfaction du pénis est apparue quelques mois après et s'est accrue lentement, sans cependant apporter de troubles fonctionnels considérables; quelquefois, à de longs intervalles, le malade a émis quelques gouttes de sang au début de la miction.

Mais voici que, depuis 2 mois, la tumeur s'est fort accrue, amenant un volume considérable de l'organe et déterminant du phimosis, car le malade affirma qu'il avait, jusqu'alors, toujours pu découvrir facilement le gland; des douleurs spontanées à caractère sourd sont également apparues; cependant il a peu souffert jusqu'à il y a un mois. Depuis ce temps, il ressent des élancements très vifs au

niveau du gland; la miction s'est toujours bien effectuée; jamais de rétention d'urine. Il y a 15 jours, il a eu une assez forte hématurie; depuis lors, il pisse fréquemment quelques gouttes de sang après la miction.

Le malade n'a pas maigri; ses divers appareils fonctionnent normalement; ses artères sont dures et sinueuses. Au niveau de l'extrémité antérieure du pénis, on trouve une tuméfaction qui donne à l'organe la forme d'une massue, ou d'un battant de cloche; le prépuce est volumineux et œdématié, violacé; il est plissé transversalement; à la palpation, il est dur, rigide, incapable de revenir en arrière. Le gland est tuméfié, rouge sombre, son sommet seul reste découvert; le méat est largement fendu, vertical: son pôle inférieur est ulcéré. Entre le prépuce et le gland se trouve une cavité infectée, d'où coule à la pression un pus horriblement fétide; des sécrétions venues de l'urètre s'écoulent également par le méat

La verge est très augmentée de volume, elle est très dure et uniformément tuméfiée dans ses deux tiers antérieurs. Elle est lisse; aucune trace de fistule. On sent dans les deux aines, surtout à droite, des ganglions assez peu volumineux, dus probablement au foyer infectieux sous-préputial. Une sonde cannelée de volume moyen passe facilement dans le canal en déterminant de la douleur; elle revient avec des sanies fétides striées de sang.

Le périnée et le scrotum sont normaux. Au point de vue fonctionnel, on note que la miction n'est pas fréquente, la projection du jet est fort diminuée et son calibre est un peu rétréci; le malade éprouve de la douleur à la miction, car l'urine passe sur une surface ulcérée.

Opération le 15 février. — Anesthésie avec le mélange d'éther et de chloroforme; amputation de la verge au niveau

du scrotum. Suture des corps caverneux au catgut ; M. Tédenat divise l'urètre en deux lèvres et suture les téguments à ces lèvres avec du crin ; sonde à demeure.

Les suites opératoires se font sans incident, sauf une petite poussée de grippe le second et le troisième jour qui suivent l'opération. Le 23, on retire la sonde et l'on enlève les fils. Le 1er mars, le malade sort avec un excellent résultat.

Examen macroscopique. — L'extrémité antérieure du pénis est épaissie en massue ; nous avons déjà décrit l'aspect extérieur des parties ; pour bien nous rendre compte de leurs modifications, il faut introduire une sonde cannelée dans l'urètre, qui l'admet facilement, et pratiquer une incision longitudinale.

Le *prépuce* est infiltré, épaissi, rigide ; les téguments sont décollés au loin, bien au delà de la partie postérieure du gland ; la face interne en est sanieuse, on y voit des ulcérations ; sa couleur est violacée, la coupe montre un tissu fortement œdématié.

La partie postérieure du *gland*, la base, a été envahie et détruite par la néoplasie ; à son niveau se trouve un tissu friable, bosselé, ulcéré ; la partie antérieure paraît saine ; elle est cependant indurée ; sa surface extérieure est inégale et ulcérée par places ; le méat est large.

Les lésions les plus intéressantes siègent au niveau du canal de *l'urètre*. Ce dernier est envahi au niveau de la base du gland sur une étendue de 4 centimètres environ. A ce niveau, il n'y a plus trace de la paroi urétrale, le canal se confond avec les parties voisines et l'on voit une série de petites granulations irrégulièrement distribuées, empiétant sur le prépuce. Ce tissu néoplasique est rouge sombre, il baigne dans un liquide sanieux, parfois sanguinolent ; de petites cavités sont semées çà et là. La lumière du canal,

détruite et rétrécie, était cependant perméable puisque l'urine s'écoulait facilement.

En avant, la portion balanique du canal est conservée et paraît saine; elle est longue d'un centimètre et demi. En arrière, le canal se dilate rapidement; un ressaut brusque marque la transition. Cette dilatation est due à la stase de l'urine en amont d'un point rétréci. Sa muqueuse paraît souple, elle est congestionnée; le tissu érectile des corps spongieux et caverneux est épaissi, dur et infiltré.

Examen histologique (dû à l'obligeance de M. le professeur Bosc). — Le canal de l'urètre a été coupé transversalement; fixation par le liquide de Müller; inclusion dans la paraffine, coupes transversales perpendiculaires au grand axe de la verge. Coloration par l'éosine. Epithélioma pavimenteux tubulé avec quelques globes épidermiques.

Observation II

(Thiaudière)

Je fus consulté, le 17 février 1831, par le nommé R. C..., postillon à Vivonne, pour un rétrécissement de l'urètre, qu'il portait depuis longtemps, mais qui était arrivé au point de produire une rétention d'urine. Ce jeune homme m'affirma qu'il n'avait jamais contracté de maladies vénériennes; mais que, sans cause connue, depuis longtemps l'urine, au lieu de couler à plein canal et d'un jet égal et uniforme, ne sortait que par un petit filet qui se divisait après sa sortie, toujours précédée par des efforts douloureux.

J'introduisis une petite sonde qui rencontra l'obstacle dans la partie spongieuse du canal, *à un pouce et demi de profon-*

deur ; j'explorai ensuite avec un petit stylet d'argent boutonné et fort délié ; je ne pus lui faire franchir le rétrécissement; mais, en variant le toucher de plusieurs manières, je crus distinguer une tumeur arrondie, dure, adhérente aux parois de l'urètre et offrant beaucoup de résistance, mais pas assez pour être confondue avec un calcul ; elle paraissait avoir acquis le volume d'un pois à cautère, et derrière elle il n'y avait point de dilatation.

Ne pouvant rattacher ce fait aux différentes espèces de rétrécissements connus, je diagnostiquai une tumeur carcinomateuse développée dans les parois de l'urètre, et devenue assez volumineuse pour obstruer complètement le canal excréteur de l'urine.

Avec cette conviction, je ne pouvais pas mettre en pratique les différents procédés usités pour les rétrécissements de l'urètre; en effet, la dilatation était impossible et où aurais-je pu trouver une bougie assez fine pour pouvoir passer? D'un autre côté, comment essayer, avec quelque chance de succès, la cautérisation, d'ordinaire si utile contre les brides ou même les rétrécissements valvulaires et circulaires ?

Il ne me restait donc plus que l'incision ou la résection ; c'était le seul moyen qui pût être tenté ; mais de quel avantage m'eût été l'urétrotomie ordinaire pour un pareil rétrécissement? Forcé d'agir, je proposai au malade une opération singulière et douloureuse, mais qui devait infailliblement réussir ; elle fut acceptée, et voici de quelle manière j'y procédai :

Je fis tenir le malade par des aides ; j'introduisis une sonde cannelée jusqu'au rétrécissement ; avec un bistouri droit, j'incisai la face supérieure du gland de manière à la diviser en deux moitiés égales, que je maintins écartées l'une de l'autre avec des pinces à disséquer confiées à des aides. Une assez grande hémorragie suivit ce premier temps

de l'opération ; mais une éponge mouillée d'eau froide abstergeait le sang, et me permettait de voir à conduire mes instruments. Je mis complètement à découvert la tumeur qui formait le rétrécissement, et je la disséquai avec beaucoup de soin, de manière à la détacher entière des parois de l'urètre, auxquelles elle était adhérente ; elle avait bien le volume d'un pois à cautère, et présentait à l'intérieur l'aspect lardacé des carcinomes. L'opération faite, je pus faire pénétrer dans la vessie une grosse sonde d'argent qui vida en un instant ce réservoir de l'urine. Alors je substituai à cette sonde d'argent un gros bout de sonde en gomme-élastique que je poussai jusqu'au delà de la plaie ; et, ramenant en place les deux moitiés du gland, je favorisai leur union par l'application de bandelettes agglutinatives circulairement placées. Quelques jours après, la cicatrisation était parfaite, le malade urinait à plein canal, et il crut devoir me quitter.

Je lui avais donné le conseil de mettre en usage les sondes en gomme élastique encore plusieurs jours ; mais, soit qu'il l'eût oublié, soit qu'il ne l'eût pas pratiqué assez longtemps, le mal revint avec la même nature et le même siège ; et, le 26 avril de la même année, R. C... me fit prier d'aller à Vivonne pour aviser aux moyens de le guérir sans retour.

La rétention d'urine était complète. Je me rendis à son invitation et, le même jour, je l'opérai en me comportant comme la première fois, à l'exception qu'après avoir fait la résection de la tumeur, je cautérisai la place que celle-ci occupait précédemment avec le nitrate d'argent fondu.

Cette cautérisation, je la fis renouveler tous les deux jours et, à chaque fois, je faisais placer une sonde en gomme élastique qui servait à la fois de moyen dilatant et de moyen de compression sur les parois de l'urètre.

Il faut que cette dernière opération l'ait radicalement guéri, car, depuis ce temps-là, il urine parfaitement bien,

son canal est libre, et tout fait croire que la maladie ne reparaîtra pas (1834).

Il me semble avoir observé là un véritable cancer de l'urètre, maladie qui n'a pas encore été observée par les auteurs; et, pour porter ce diagnostic, je me fonde sur la forme de la tumeur, ses adhérences, son aspect grisâtre, sa consistance dure et criant sous le scalpel, sa repullulation après la simple résection et enfin sa guérison après que la cautérisation eut suivi l'excision; mais soit qu'on l'envisage comme un cancer de l'urètre, soit qu'on le considère comme une tumeur fibreuse de nature à former, en grossissant, une nouvelle espèce de rétrécissement de l'urètre, ce cas me paraît devoir mériter l'attention des praticiens et j'ai rempli un devoir en le soumettant à leur expérience.

Observation III

(Hutchinson)

Un jeune homme, d'aspect bien portant, se présente au Metropolitan-Free Hospital, pour une maladie vénérienne. La verge était très enflée : le prépuce était œdématié par un phimosis et par une induration charnue, de couleur foncée, qui siégeait dans la partie inférieure de cet organe, juste derrière le gland. Cette induration était déjà ulcérée au centre et laissait échapper l'urine par cette perte de substance. Supposant qu'on trouverait un chancre phagédénique caché sous le prépuce, on fit l'incision, mais on ne voyait pas d'ulcère ; on fendit ensuite largement l'induration sous-urétrale et on incisa une masse indurée blanchâtre assez épaisse. Quoique fortement intrigué par la nature de ce cas, on n'avait aucun soupçon que l'affection pouvait être cancéreuse. Le malade n'avait que 22 ans et paraissait bien por-

tant. Il a remarqué l'enflure seulement trois semaines avant son entrée à l'hôpital et il n'a pas souffert de la moindre difficulté de la miction plus d'un mois auparavant.

Le malade revenait à la consultation externe pendant un mois environ; mais, à chaque visite, ses granulations présentaient un caractère de plus en plus suspect. On le perdit de vue pour quelque temps, mais au bout de trois semaines, il demanda à être reçu au London Hospital et entra de nouveau dans le service de M. Hutchinson

Il n'y avait plus de doute possible quant à la nature de l affection. Toute l'urine s'écoulait par l'ulcération qui se trouvait sur la paroi inférieure du pénis; cette ulcération, grande comme une pièce d'un sou, était couverte de granulations fongueuses, verruqueuses, qui ressemblaient assez à des choux-fleurs. Quelques ganglions dans les deux aines étaient tuméfiés et durs. On enleva un petit fragment du bord de la néoplasie et on trouva à l'examen histologique les éléments typiques du cancer épithélial. Plusieurs autres chirurgiens de l'hôpital, qui avaient vu le cas confirmèrent le diagnostic. On fit l'amputation du pénis en novembre 1860. Quoiqu'on ait amputé l'organe aussi loin que possible, l'urètre était néanmoins encore distendu par des granulations verruqueuses molles à la hauteur de la section, de sorte qu'on fut obligé d'enlever encore un morceau de son corps spongieux sur une longueur de deux cent. et demi, pour arriver dans le tissu sain. L'urètre étant ainsi coupé à la hauteur du scrotum, on crut devoir faire une boutonnière périnéale, pour assurer la liberté de la miction. On introduisit une sonde à demeure dans la vessie. La guérison fut prompte, et l'orifice périnéal artificiel remplissait complètement son but. Un peu d'urine cependant passait par l'ouverture urétrale antérieure. Trois mois environ après l'opération, de petites granulations fongueuses apparurent dans la cicatrice. Dans le

courant d'une semaine, elles avaient atteint la grosseur d'une noix et ressemblaient assez exactement à la tumeur primitive. On les détruisait par des cautérisations répétées de chlorure de zinc.

L'opéré se porte bien huit mois après l'opération. Les ganglions inguinaux, tout en étant encore accessibles au toucher, ont diminué de volume.

En fendant l'urètre amputé, on le trouva rempli par des néoplasies verruqueuses molles. Les caractères microscopiques du cancer épithélial étaient partout assez abondants et nets. La tendance de la néoplasie à proliférer plutôt qu'à exulcérer, toute spéciale dans ce cas, s'explique peut-être par le jeune âge du malade. Il faut encore mentionner la prédisposition très considérable de la peau du malade à des productions de verrues ordinaires, dont on a trouvé une grande quantité sur ses mains, ses cuisses et son scrotum (18 février 1862).

Observation IV

(Billroth)

H. W..., âgé de 50 ans, admis à la clinique, le 1er décembre 1866, ayant déjà souffert depuis sept mois d'une cuisson pendant la miction ; le jet devenait de plus en plus mince et la miction de plus en plus difficile ; depuis quelques jours, rétention complète d'urine. Au milieu du pénis, on trouvait une induration qui produisait l'effet d'un bout de bougie, long de 3 centim 1/2 qui serait resté dans l'urètre ; une seconde induration péri-urétrale, pareille mais moins étendue, se trouvait un peu plus en arrière. On pouvait franchir l'endroit induré avec une bougie de calibre moyen. Quoique ce malade eût nié toute infection syphilitique, on le soumettait à un traitement énergique d'iodure

de potassium. Les indurations péniennes allaient en augmentant, et, au mois de janvier 1867, on pouvait sentir par le toucher rectal des nodosités dans la partie postérieure des corps caverneux. Le cathétérisme devenait de plus en plus difficile. Les ganglions inguinaux étaient palpables, durs et tuméfiés, les urines étaient alcalines, des frissons survinrent. Après un an de maladie, le patient mourut, le 4 avril 1867, dans le marasme.

On trouve dans le procès-verbal de l'autopsie les indications suivantes :

Poumons. — Du côté gauche, sous la plèvre aussi bien que dans la profondeur du parenchyme, on trouve des nodules disséminés gris jaune, gros comme des grains de chènevis ou des lentilles, qui faisaient saillie sur la coupe ; du côté droit, on trouve encore une plus grande quantité de ces nodules.

Sur la surface du foie, on voit trois nodules pareils à ceux des poumons La muqueuse de la vessie est couverte de nodules gris blanc, gros comme des grains de chènevis. Les lobes latéraux et moyen de la prostate sont très hypertrophiés et infiltrés de nombreux nodules blanchâtres indurés. La portion membraneuse de l'urètre est minée par une cavité anfractueuse remplie de pus et de détritus. Dans les corps caverneux, on trouve encore des cordons indurés, gros comme le petit doigt et composés de quelques nodules gris blanc Les ganglions inguinaux et rétro-péritonéaux sont indurés et atteignent la grosseur d'une noix.

Malgré la remarque faite à la fin du procès-verbal d'autopsie, que les nombreux nodules blancs indurés étaient des carcinomes, on ne lit nulle part que ce diagnostic fût confirmé par l'examen microscopique.

L'apparition primitive de l'induration au milieu du pénis,

même si ce carcinome s'était développé dans la muqueuse urétrale, reste quand même un fait très rare.

Comme M. Billroth a été absent de Zurich au moment de la mort du malade et comme on n'avait rien conservé des nodules trouvés à l'autopsie, il émit le doute s'il s'était bien agi, dans ce cas, d'un sarcome ou d'un épithéliome.

Observation V
(Albert)

Un journalier, âgé de 55 ans, souffrait depuis douze ans d'un écoulement purulent de l'urètre, auquel s'associaient peu à peu les troubles de la miction habituels du rétrécissement. Il avait en même temps un phimosis très étroit, congénital. Il entra, en 1872, à la clinique chirurgicale d'Inspruck ; M. le professeur Heine opéra le phimosis et dilata graduellement ce rétrécissement très serré. A une profondeur d'un centimètre, déjà tous les instruments, même les plus fins, furent arrêtés. Après avoir dilaté progressivement le premier obstacle, on arriva plus loin sur un second anneau, siégeant vers le milieu de la région pénienne; on a cependant bientôt pu les franchir tous les deux avec des sondes métalliques.

Le malade, auquel on avait donné au moment de la sortie de l'hôpital une bougie appropriée au degré de son rétrécissement, a négligé de se sonder méthodiquement chez lui et fut forcé de rentrer à la clinique le 4 avril 1874, avec les mêmes troubles qu'auparavant.

Etat actuel. — Sur le côté droit du scrotum, on trouve, près de la racine du pénis, une petite ouverture fistuleuse par laquelle on peut faire sortir du pus par la pression; pendant la miction, il en sort de l'urine. A un centimètre, un

peu en dehors et en arrière d'elle, se trouve une tuméfaction grosse comme un petit pois, rouge, molle; il s'agit apparemment d'une seconde fistule pas encore ouverte; les parties voisines sont indurées.

Une sonde de moyen calibre est arrêtée dans l'urètre, à la hauteur des orifices fistuleux. Il paraît donc que le rétrécissement ait récidivé et qu'il ait causé la formation des fistules Mais on fut frappé par ce fait, que la tuméfaction, grosse comme un petit pois, qu'on avait prise pour un trajet fistuleux sur le point de s'ouvrir en dehors, présentait un aspect tout différent : elle avait tous les caractères d'un petit nodule cancéreux; avant l'exulcération, la peau, luisante, amincie, qui recouvrait cette petite tumeur, était très hyperémiée comme sur des abcès en voie de perforation et sillonnée d'un réseau de petits vaisseaux comme sur un carcinome cutané en voie d'exulcération. Aussi fit-on de prime-abord le diagnostic de carcinome, et comme le petit nodule siégeait dans la paroi d'une cavité, on fendit cette paroi en même temps que la petite tumeur.

L'inspection de la coupe de la tumeur confirma le diagnostic; on y trouva une surface fendillée, plus sèche. On excisa un petit fragment pour l'examen histologique qui corrobora le premier diagnostic. On était donc en présence d'un carcinome qui s'était probablement développé dans la région rétrécie qui, pendant des années, a été sujette à de nombreuses irritations.

La néoplasie avait envahi les corps caverneux du pénis.

Par le toucher rectal, on trouva que le néoplasme s'arrêtait à la portion membraneuse. On a longtemps hésité, à cause de l'état cachectique de l'individu, si l'on devait encore faire l'extirpation de la tumeur. On a d'abord soumis le malade à un régime fortifiant pendant quatre semaines, et comme la tumeur n'avait pas sensiblement augmenté de volume, mais

que l'état général du malade, au contraire, s'était amélioré, on s'est décidé à faire l'opération.

Opération. — Sous le chloroforme, on circonscrivit par deux incisions elliptiques, la cavité exulcérée et on pénétra dans la profondeur pour arriver aux limites de la néoplasie. Heureusement la tumeur était délimitée partout très nettement, dans la profondeur, de sorte qu'on put l'enlever sans aucune hémorragie notable. Les deux bouts de l'urètre coupés en avant et en arrière de la tumeur étaient séparés l'un de l'autre de 6 centimètres ; une assez grande partie de l'urètre avait, par conséquent, été détruite par la néoplasie. La tumeur avait pénétré sur les côtés, dans l'intérieur des corps caverneux qu'on a enlevés sans hémorragie notable, car ce néoplasme a été assez nettement limité pour permettre une dissection lente et soignée. La verge, qui fut conservée jusque près de sa racine, restait attachée à une bande mince des corps caverneux.

Les suites de l'opération furent mauvaises. Quelques jours après l'extirpation, la plaie est devenue sèche, pâle, à bords fendillés. La température montait jusqu'à 40°, le malade avait du hoquet, et il mourut d'une septicémie générale.

L'autopsie n'a rien révélé d'intéressant.

Observation VI

(Buday)

Il s'agit d'un journalier de 67 ans qui, jusqu'ici, a toujours été bien portant. Il raconte qu'il y a un an, il a remarqué dans la partie antérieure du pénis une petite nodosité dure, située profondément, alors qu'extérieurement il n'y avait rien d'apparent Cette nodosité augmenta, le prépuce enfla, se rétracta et le malade eut à endurer de fortes douleurs,

jusqu'au moment où, sur le point infiltré, se firent brusquement deux ouvertures par lesquelles sortit une partie de l'urine.

Il y a trois mois, des ouvertures semblables se sont fait jour sur la face inférieure du pénis, en donnant issue d'abord à du pus, puis à de l urine, et même il est arrivé plusieurs fois que toute l'urine sortit par ces nombreuses petites fistules, tandis que rien ne s'écoulait par l'ouverture normale de l'urètre. Le pénis enfla à plusieurs reprises, les douleurs augmentèrent jusqu'au moment où, à ce que raconte le malade, s'écoulèrent par l'orifice externe de l'urètre et les petites ouvertures anormales, de grandes quantités de liquide purulent ; après quoi, l'enflure et la douleur disparurent. A part ces oscillations périodiques, la tumeur s'est accrue lentement et d'une façon persistante. Depuis ces derniers temps, la miction est toujours douloureuse.

De l'urètre, s'écoule, à la pression, un pus épais, et de ces petites ouvertures fistuleuses on peut faire sortir une matière ressemblant à des comédons qui, examinés au microscope, contiennent, en dehors des leucocytes, surtout des cellules d'épithélium plat; dans la région inguinale, petits ganglions.

L'amputation, c'est-à-dire l'ablation des trois cinquièmes du pénis, fut faite le 7 mai 1894. La muqueuse du « moignon » urétral fut suturée à la peau extérieure et, pendant les premiers jours, on mit une sonde à demeure. Le cours normal de la cicatrisation ne fut troublé que par une cystyte de moyenne intensité qui cessa lorsqu'on retira la sonde. Le morceau de membre amputé est épaissi à son extrémité antérieure, en forme de massue; il est augmenté de volume au point que la périphérie du membre au niveau du prépuce ramené en arrière du gland est de 23 centimètres et demi.

Le sillon coronaire est à peine visible sur la face dorsale du prépuce, le gland continue le pénis sans limite bien nette. La portion dorsale du prépuce lui-même forme un bourrelet épais, large de un centimètre et demi. En arrière du prépuce, on remarque, près l'un de l'autre, deux profonds sillons qui, du dos du pénis, s'étendent sur la face inférieure, en bas et en avant, en passant sur les deux parois latérales. La partie inférieure du prépuce ramenée en arrière est particulièrement épaissie, si bien que le gland semble poussé en haut sur la partie dorsale.

La face dorsale du gland est lisse, mais sa face ventrale et la partie ventrale du sillon coronaire sont inégales bosselées. Ces bosselures varient de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une lentille, elles sont plates ou proéminentes; leur épithélium est un peu épaissi, mais au reste tout à fait normal. Entre ces bosselures, on reconnaît à peine le frein. En ce point, le gland et le prépuce sont particulièrement durs, tandis que les portions latérale et dorsale du prépuce le sont beaucoup moins, au point que, malgré un œdème assez marqué, on peut le soulever sous forme d'un gros repli. Entre les petites proéminences du sillon coronaire, nous remarquons, sur les deux côtés du frein, une petite ouverture en forme de fente, à travers laquelle une sonde introduite pénètre dans la substance du gland.

Sur la portion ventrale du pénis, à droite, en arrière du prépuce, on sent un foyer d'infiltration de la grosseur d'une noisette; sur la peau livide, fortement adhérente de ce foyer, nous voyons neuf petites ouvertures de deux ou trois millimètres de diamètre, formant des fentes transversales desquelles on fait sortir à la pression des matières ressemblant à des comédons. L'infiltration s'étend en profondeur jusqu'au tiers postérieur du pénis. Nous ne pûmes trouver ni ulcération ni aucun signe de destruction. Après avoir fait, avec une

sonde cannelée, une incision longitudinale de la portion ventrale de l'urètre, nous vîmes que la partie la plus antérieure était rétrécie et n'atteignait la largeur normale que deux centimètres et demi en arrière de l'orifice externe. En ce point, la muqueuse est déjà presque normale, flasque, tandis que celle de la partie la plus antérieure de l'urètre est ferme et dure, et paraît surtout inégale, réticulée ; en outre, on y voit encore des lacunes et des excavations de dimensions variables, séparées les unes des autres par des travées en gradins.

C'est ainsi par exemple, qu'à un centimètre en arrière de l'orifice externe se trouve une lacune infundibuliforme de la grosseur d'une lentille avec un petit prolongement sacciforme dans la profondeur. A deux centimètres en arrière de l'orifice externe, nous voyons, sur la paroi dorsale de l'urètre, une autre excavation, large de quatre millimètres qui, se transformant en avant par un petit canicule, s'étend jusqu'au foyer d'infiltration de la moitié droite du pénis. En outre, il y a encore en ce point plusieurs lacunes sacciformes, dont la plupart conduisent, tant en avant qu'en arrière, dans des petits conduits, courant sur une certaine étendue parallèlement à la surface de la muqueuse.

L'épithélium de la muqueuse, autant qu'on en peut juger microscopiquement, se prolonge dans ces lacunes, dont les parois sont complètement lisses et qui, à la pression, laissent écouler des matières ressemblant aux comédons.

Cette même incision longitudinale montre encore que l'épais bourrelet ventral du prépuce est simplement formé de tissu fibreux, brillant, œdématié. Par contre, la plus grande partie du gland, surtout au voisinage de l'urètre, de même que la portion du pénis indurée, située en arrière du prépuce, présente sur une coupe, de très nombreux petits carreaux et des fentes, dont le diamètre

mesure de 2 à 10 millimètres. Ces crevasses se trouvent dans le tissu conjonctif sous-cutané épaissi ; elles communiquent en plusieurs points les unes avec les autres de façon à représenter un système caverneux. Sur la surface interne des plus grands espaces, on voit partout de petites excroissances papillaires, ce qui donne à la coupe un aspect irrégulier. Elles sont revêtues d'une épaisse couche d'épithélium blanchâtre, et à la pression il s'écoule une matière de même couleur, visqueuse. Le stroma est formé par un réticulum grisâtre et se confond sans limite bien nette avec le tissu conjonctif éléphantiasique environnant.

Une incision transversale, à 1 centimètre 1/2 en arrière de l'orifice externe, permet de reconnaître que ces petits espaces sont surtout nombreux au voisinage de l'urètre, et qu'ils communiquent souvent avec ces petites lacunes. Les deux ouvertures qui se trouvent dans le sillon coronaire communiquent également avec les fentes péri-urétrales et font ainsi communiquer la lumière de l'urètre avec le sillon coronaire. On peut aussi constater que les petits orifices de la peau sur la partie ventrale du pénis débouchent dans les fentes, communiquent avec les petites lacunes de l'urètre. Toutes ces communications des fentes entre elles peuvent être constatées avec une sonde de moyenne épaisseur. Une incision transversale, à 3 centimètres en arrière de l'orifice externe, montre que le tissu péri-urétral est normal, tandis que dans le corps caverneux du pénis, sur la surface de section, on voit quelques taches blanc jaunâtre confluentes.

L'examen microscopique montra que toutes ces lacunes et fentes visibles à l'œil nu étaient partout revêtues d'un épithélium pavimenteux stratifié, constitué d'après le type de l'épiderme normal. La couche cornée, la couche kératohyaline et la couche de Malpighi s'y retrouvent. Entre les cellules épithéliales, on voit de nombreuses cellules migratrices.

La limite de l'épithélium et du tissu conjonctif répond également à celle de la peau normale; le tissu conjonctif forme, en effet, des papilles de forme et de grosseur pourtant beaucoup plus irrégulières. Le tissu conjonctif présente une infiltration en partie diffuse, en partie simplement stratifiée.

Les cellules épithéliales ne forment nulle part de véritables nids de cellules cancéreuses ou de groupes atypiques de cellules cancéreuses; on n'y voit pas davantage de perles cornées.

Sur une coupe transversale, à 1 centimètre et demi en arrière de l'orifice externe, l'épithélium de la muqueuse urétrale est en partie formé de trois ou quatre couches d'épithélium cubique, en partie de véritable épithélium pavimenteux stratifié.

Beaucoup de cellules ont les bords dentelés caractéristiques des cellules d'épithélium pavimenteux Nous avons fait une série de coupes du point où la muqueuse urétrale présentait une lacune et nous avons pu nous convaincre que l'épithélium pavimenteux s'y prolongeait sans interruption, qu'il la revêtait complètement, ce qui montre que microscopiquement aussi il y a continuité de l'épithélium urétral et de l'épithélium du système des fentes.

Le tissu conjonctif de l'urètre présente également une infiltration parvicellulaire plus ou moins diffuse qui ne permet plus de reconnaître le tissu caverneux propre de l'urètre. Dans ce tissu, à une distance variable de la muqueuse, se trouvent quelques petites cavités recouvertes d'un épithélium pavimenteux stratifié à structure papillaire peu développée.

Le corps caverneux du pénis présente au microscope une infiltration parvicellulaire dense de petites cellules, surtout au voisinage de la cloison et de la tunique fibreuse.

Observation VII

(Fuller)

La préparation qui représente un cas de cancer villeux de la muqueuse urétrale provient d'un vieillard dont la mort a été accélérée, sinon directement causée, par une rétention d'urine à la suite d'une obstruction de l'urètre par la tumeur.

La planche I donne une vue latérale de la portion distale de la verge.

La planche II reproduit l'aspect intérieur de la néoplasie, une incision ayant été faite à partir du méat le long du frein et de la paroi inférieure de l'urètre, permettant ainsi d'exposer l'urètre après avoir replié les parois latérales du canal.

Sur le gland du pénis, on voit quatre trajets fistuleux communiquant avec l'urètre, dont trois sont reproduits sur la planche I ; le quatrième se trouvant sur le côté droit du gland n'est par conséquent pas visible sur le dessin.

Tous ces trajets sont remplis par la tumeur. Un seul parmi eux cependant, qui se trouve situé directement au-dessus du méat, ainsi que le méat lui-même, sont tellement remplis par les masses villeuses qu'ils sont hermétiquement obstrués.

En étudiant cette pièce, dont l'histoire du début est malheureusement assez maigre, on se rend bien compte que la néoplasie a primitivement rempli la fosse naviculaire et qu'elle a empêché l'urine de sortir par son orifice naturel, le méat. En même temps, un cancer mou a détruit les tissus fermes de l'urètre et a permis, de cette façon, à l'urine de stagner, de s'infiltrer et de sortir par un trajet fistuleux, qui, lui-même, fut de nouveau bouché par l'envahissement de

la tumeur, pour céder la place à un nouveau trajet situé un peu plus loin du centre d'infiltration, et ainsi de suite jusqu'à ce que le malade mourût.

Examen microscopique du Dr Fordgée. — Ce spécimen très intéressant d'un cancer de l'urètre a été si mal conservé dans l'alcool, qu'il fut impossible d'en obtenir de très bonnes coupes pour l'examen microscopique.

La néoplasie était molle et friable et se colorait mal ou pas du tout par les réactifs employés. Les cancers de l'urètre étant très rares et par conséquent dignes d'une étude consciencieuse, il est très regrettable qu'on n'ait pas pu faire un examen plus détaillé de la pièce. La tumeur était cependant un épithélioma, comme on put s'en convaincre par la présence de nombreux nids épithéliaux enchâtonnés dans un tissu épithélial, qui remplissent les trajets fistuleux en communication avec l'urètre et qui forment des excroissances papillaires de la muqueuse urétrale. On ne peut cependant pas déterminer si la tumeur en question était un carcinome primitif de l'urètre ou si la néoplasie s'était propagée d'un néoplasme vésical.

Dans les cas d'épithéliomes du l'urètre décrits par Griffiths, Beck et Wezinhausen et mentionnés par Sutton (*Tumors inocent and malignan*, 1893), la néoplasie a pris son point de départ dans l'urètre périnéal et a fini par obstruer l'urètre et par former des fistules.

Les tumeurs étaient de couleur gris blanchâtre extrêmement friables.

CONCLUSIONS

1° L'épithélioma primitif de l'urètre est une affection rare ;

2° Il peut occuper, chez l'homme, n'importe quel point de l'urètre ;

3° Il est presque toujours un épithélioma pavimenteux lobulé ;

4° Les rétrécissements antérieurs le favorisent ;

5° Il y a souvent des fistules urinaires ;

6° Le pronostic est très grave ;

7° Le traitement de choix est l'amputation de la verge dans le cas où la tumeur siège au niveau du pénis ; dans le cas contraire, l'émasculation totale est indiquée.

8° Les récidives, très communes, se font surtout dans les ganglions.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 janvier 1904.
Pour le Recteur,
Le Doyen délégué, VIGIÉ,

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 janvier 1904.
Pour le Doyen
L'Asessseur délégué, FORGUE.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Epithélioma primitif de l'urètre. Emasculation totale. Gaz. des hôpitaux, 1894. VIIIme Congrès de chirurg., 1894.

ALBERT. — Lehrbuch der Chir. u. oper., 1895, t. IV, p. 231.

BAZY et CARCY. — Observation *in* Carcy.

BECK. — A case of prim. squamous carc. Intern. clin., série 2, vol. II, p. 256.

BILLROTH — Chir. Klin ; 1860-1867, p. 344.

BOSSE (Otto). — Du cancer primitif de l'urètre chez l'homme et chez la femme. Thèse de Göttingue, 1897.

BUDAY. — Beitr. z Kenntniss der Penisg, Lang. arch, vol. II, p. 101.

CABOT. - Cancer of the urethra. N.-Y. med. Surg. 31 août 1895, p. 278

CARCY. — Thèse de Paris, 1895.

CHALOT. — VIIIme Congrès français de chir., 1894

CHEVEREAU. — Un cas d'épithélioma primitif de l'urètre. Emasculation totale. Gaz. des hôpit., 25 juillet 1895

CZERNI et WITZENHAUSEN. — Das prim. carc. der uret. Beitrs., z. Klin. chir., 1891, p. 571.

DEMARQUAY. — Maladies chirurgicales du pénis Paris, 1877.

FULLER. — A case of cancer of uretra Journ. of cut and gen. ur. Dis. Avril 1895.

GRIFFITHS. — Epith of the male uretra, Trans. of the path. Soc. of London. 1888-89

GRUNDFELD. — Die Endoscopie der Hanröhre und Blase, Deuts, Chir. 1883, p. 193

GUYON et GUIARD. — Transformation en épith. des trajets fistuleux. Ann. gén. ur. 1883.

HUTCHINSON. — Epith canc. of the mucous membrane of the uretra, Trans of. the Path. Soc. of London, 1861-62.

KAUFMANN. — Krankh der männl Hanrörhe and des Penis, Deuts. Chir., livr. 50 A

LWOW. — De l'épithélioma primitif de l'urètre, Wratch, 1889, p. 745.

OBERLANDER. — Beitr. zur Lehre von prim. carc. ur. Internat. Centralbl. f. H. u S., 1893 et 1900, t XI, p. 453.

PONCET. — Du cancer profond de la verge, Gaz. hebd. 6 mai 1881.

RUPPRECHT. — Heilb. der frühz. erkannten Hanröhre Centr. f. chir., 1894, n° 46, p. 1119.

SCHULSTER. — Ueber inen fall von Epith. des mänul Harnr. Wieu. Wochens, 1881.

SOUBEYRAN. — Soc anat., 1902. Gazette des hôpitaux, n° 120, 1903.

THIAUDIÈRE. — Bull gén. de thér. 1874 t, VII.

THIERSCH. — Des Epith. von der Haut. Leipzig, 1865, p. 283.

MELVILLE WASSERMANN. — Epithelioma primitif de l'urètre. Th. de Paris, 1894, n° 430.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

TABLE(S)
RUN INTO
GUTTER